

(様式A5-1)

腹部実施施設基準審査申請書

西暦 年 月 日

関連10学会構成

日本ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

当施設は、企業製造ステントグラフトによる腹部大動脈瘤治療の実施施設基準について審査を申請いたします。

施設名

施設長名

公印

〒

 -

施設住所

TEL

FAX

実施施設基準

※必須項目（確認の○を記入）

1) 設備・人員

手術室または血管撮影室にDSA装置が常設されており、大血管手術が可能な体制がある。

2) 手術実績

腹部大動脈瘤10例を含む血管外科手術や血管内治療を年間30例以上施行している。

3) 外科の協力

腹部大動脈瘤破裂手術を3例以上経験している常勤外科医の迅速な対応が得られる。

付帯事項

※必須項目（確認の○を記入）

調査体制

使用後の追跡調査に協力する

付記：実施体制等に変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届け（様式6）および必要に応じて様式5-2、様式5-4を提出すること

(様式A5-2)

施設内容調書

西暦 年 月 日

施設名

実施施設基準 (確認の○を記入してください)

ステントグラフト実施場所

☐ 手術室☐ 血管撮影室

常設DSA装置機種名

有効視野サイズ

☐ I. I. タイプ: インチ☐ F. P. タイプ: cm × cm (対角 インチ)

X線管型式

☐ 固定陽極型☐ 回転陽極型

大血管手術体制

☐ 看護師☐ 麻酔科医師☐ 臨床工学技師

上記の内容に相違ありません。

記入者氏名

記入者所属

付記:

変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届け(様式6)に本様式を添付して提出すること

(様式A5-3)

手術・手技記録表紙

血管外科手術・血管内治療

申請施設にて1年間30症例以上（腹部大動脈瘤10症例を含む）

この表紙を使用して
手術・手技記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

施設名

(様式A5-4)

手術記録表紙

腹部大動脈瘤破裂に対する手術（オープン1例以上含む）

3症例以上

この表紙を使用して
手術記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

常勤外科医氏名

専門医資格

(該当する専門医に○を記入)

☐

心臓血管外科専門医

☐

外科専門医（心臓血管外科専門医が所属する施設）

※同一施設に複数名の医師が常勤している場合は下記に記載する

常勤外科医氏名

専門医資格

(該当する専門医に○を記入)

☐

心臓血管外科専門医

☐

外科専門医（心臓血管外科専門医が所属する施設）

常勤外科医氏名

専門医資格

(該当する専門医に○を記入)

☐

心臓血管外科専門医

☐

外科専門医（心臓血管外科専門医が所属する施設）

付記:

変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届（様式6）に本様式を添付して提出すること